



**RITIRO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DEL MINORE  
DA PARTE DELL'ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE**

Il/La sottoscritto/a ..... Nato a ..... (.....)  
il ..... C.F. ....  
Residente in ..... Via ..... n .....

Il/La sottoscritto/a ..... Nato a ..... (.....)  
il ..... C.F. ....  
Residente in ..... Via ..... n .....

**e in qualità di**

soggetti esercenti potestà genitoriale del minore .....  
Nato a ..... (.....) il ..... C.F. ....  
Residente in ..... Via ..... N° .....

**dichiarando**

di essere in possesso anche del consenso dell'altro genitore

**richiede la consegna della seguente documentazione:**  
*(specificare la documentazione richiesta)*

.....  
.....

Data e luogo

Firma dell'esercente potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

N.B: Si allega alla presente copia del documento di identità dell'esercente la potestà genitoriale e del minore (ove a quest'ultimo rilasciato).